

L'actinomyose pharyngo-laryngée

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le mercredi 27 mai 1942

PAR

JEAN SOULIER

né le 24 octobre 1914 à Langlade (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. TERRACOL, professeur, président.
LAMARQUE, professeur.
HARANT, agrégé.
BERT, agrégé.

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

L'ACTINOMYCOSE PHARYNGO-LARYNGEE

L'actinomyose pharyngo-laryngée

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le mercredi 27 mai 1942

PAR

JEAN SOULIER

né le 24 octobre 1914 à Langlade (Gard)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	MM. TERRACOL, <i>professeur, président.</i>	Assesseurs
	LAMARQUE, <i>professeur.</i>	
	HARANT, <i>agrégé.</i>	
	BERT, <i>agrégé.</i>	

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS.
Physiologie	TURCHINI.
Chimie biologique médicale et toxicologie	HEDON.
Physique médicale	CRISTOL.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	PECH.
Microbiologie	BAUMEL.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JANBON.
Hygiène	PUECH.
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	{ L. RIMBAUD.
	{ GIRAUD, doyen.
	{ MASSABUAU, ass.
	{ RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen, hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermat-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.

Chargés d'enseignements complémentaires

Chimie	MM.	Clinique de la	MM.
Microbiologie	MONNIER, agrégé.	tuberculose	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	CARRERE, agrégé.	Pathologie chir.	MOURGUE.
Pharmacologie	HARANT, agrégé.	—	MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. experim.	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér.	ROUX, agrégé.
Clin. des mal.	JANBON, profes.	Accouchements	CADERAS
contagieuses.		Stomatologie	DE KERLEAU, agr.
			FERRIER d ^r en méd.

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie	MM.
—	P. RIMBAUD.	—	MOURGUE.
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
Chimie	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Bactériologie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Hist. nat. méd.	CARRERE.	Accouchements	CADERAS
	HARANT.		DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. TERRACOL, *prof., présid.* | MM. HARANT, *agrégé.*
LAMARQUE, *professeur.* | BERT, *agrégé.*



A MON PERE, A MA MERE

*Bien faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRACOL

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a fait le très grand honneur de la pré-
sider.*

*En témoignage de respectueuse recon-
naissance.*

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE HARANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BERT

Hommages respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

A MES CAMARADES D'INTERNAT DES HOPITAUX
DE NIMES

L'ACTINOMYCOSE PHARYNGO-LARYNGÉE

INTRODUCTION

A propos d'un cas d'actinomycose pharyngo-laryngée observé dans le Service d'Oto-Rhino-Laryngologie de la Faculté de Médecine de Montpellier, nous nous proposons, dans une étude d'ensemble, d'apporter, non pas des éléments nouveaux, mais une mise au point de l'état actuel de nos connaissances sur ces affections.

Qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à notre Maître, Monsieur TERRACOL, Professeur d'oto-rhinolaryngologie à la Faculté de Médecine de Montpellier, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fourni des documents qui nous ont permis de mener à bien son élaboration.

Tous nos remerciements vont également à Monsieur HARANT, Professeur agrégé de Parasitologie à la Faculté de Médecine, qui a bien voulu nous guider et nous conseiller dans l'étude de cette maladie.

HISTORIQUE

L'actinomyose est une affection commune à l'homme et à la plupart des animaux domestiques; elle est due au développement dans l'organisme d'un champignon du genre *Oospora*.

Cette maladie, connue depuis longtemps chez les Bovidés où elle est plus fréquente que chez l'Homme, a été désignée sous le nom de *Sarcome de la mâchoire* et considérée comme un ostéo-sarcome.

En 1926, dans le *Journal de médecine vétérinaire*, LEBLANC donne une description exacte de ces tumeurs, mais c'est LEBERT en 1848, à Paris, qui observe pour la première fois la maladie chez l'homme.

Un an plus tard, DAVAINÉ découvre la présence de petits grains jaunes dans ces tumeurs; la signification de ces grains très spéciaux lui échappé.

En 1877, BOLLINGER et HARZ déterminent la nature mycosique de la maladie.

En 1878, JAMES Israël (*Virchow's Archiv*), décrit l'affection dans la pathologie humaine avec deux observations cliniques. Il y joint la relation d'un fait que LANGENBEK avait observé déjà en 1845.

En 1879, BONFIK établit l'identité de la mycose d'Israël avec l'actinomyose des animaux. Il ne restait plus qu'à prouver par l'inoculation aux animaux, de la spécificité de l'actinomyose en temps que maladie infectieuse commune aux hommes et aux animaux.

En 1880, JOHNE réussit l'inoculation d'animal à animal et en 1893, ISRAEL parvient à infecter un lapin avec des grains jaunes de provenance humaine.

Dans la littérature française, les premières observations d'actinomycose sont publiées par NOCARD et LUCET en 1888. Mais les recherches principales datent de 1898 avec le remarquable travail de PONCET et BÉRARD: « *Traité clinique de l'actinomycose humaine* », où se trouvent condensés tous les travaux antérieurs.

Après cette période surtout clinique, au fur et à mesure que les observations deviennent plus fréquentes, commence une phase de laboratoire. Les premiers travaux sur la sporotrichose sont publiés par DE BEURMANN et GOUGEROT, mais c'est surtout dans la période de 1906 à 1909 que la classification et les principales notions sur les mycoses s'ébauchent. On note les travaux de LETULLE, en 1908, l'étude du professeur ROGER sur l'Oosporose.

C'est le début des publications de mycoses dans les Sociétés médicales allemandes, autrichiennes, italiennes, suisses et autres.

En 1912, au VII^e Congrès de dermato-syphiligraphie, DE BEURMANN et GOUGEROT présentèrent un brillant travail sur les sporotrichoses et différents processus analogues, et une étude intéressante sur les mycoses spontanées chez les animaux.

A la même époque, en Amérique du Sud, l'étude des mycoses est à l'ordre du jour et le professeur SEGURA (de Buenos-Aires) publia en 1913 un résumé de ces affections particulières dans les *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*.

ETIOLOGIE

L'actinomycoïse pharyngo-laryngée n'est qu'un cas particulier de mycétomes actinomycoïques, qui sont des tumeurs inflammatoires mycoïques, renfermant des grains de forme, de couleur et de dimensions variables, formés par un feutrage mycélien et pouvant être éliminés à l'extérieur par des fistules plus ou moins développées.

Agent pathogène

L'agent pathogène appartient au groupe des hyphomycètes qui ont les caractéristiques suivantes: les filaments mycéliens sont très fins, souvent ramifiés latéralement, à contenu homogène, sans noyau distinct et de diamètre égal inférieur à un μ . Ces champignons qui sont parfois acido-résistants prennent généralement le Gran. A la suite d'un cloisonnement secondaire il se forme des chaînettes d'endospores à l'extrémité des filaments aériens. Les extrémités périphériques du thalle présentent quelquefois des renflements en massues, soit dans les lésions provoquées dans le corps de l'hôte, soit dans les cultures additionnées ou non de substances animales (sérum sanguin, liquide d'ascite...).

Classification

Le syndrome actinomycoïse peut être produit par des champignons divers formant dans les tissus des grains de

couleur variable. CHALMERS et ARCHIBALD divisent les actinomycoses en trois sections, suivant que les grains sont noirs, jaunes, rouges ou jaunâtres.

D'une façon plus classique, les espèces parasites appartenant au genre *Actinomyces* sont distribuées suivant les dimensions de leurs filaments mycéliens, par FOULERTON, par CHALMERS et CHRISTOPHERSON, puis par LANGERON en trois sections: *Bréviores*, *Minores*, *Majores*.

Culture des Actinomyces

Dans les cultures aérobies, ces champignons poussent difficilement. Ils se présentent en général sous forme de filaments mycéliens très grêles, ramifiés latéralement, parfois spiralés, non segmentés.

Dans les cultures âgées, les filaments ressemblent à des bacilles; ils se fragmentent en tronçon. Sur milieu solide, une couche duveteuse constituée par des filaments dressés, divisés en une série d'éléments arrondis qui constituent des thallospores disposés en file.

Dans les cultures anaérobies, les champignons poussent bien sur le milieu usuel. Dans les milieux liquides on obtient des petites colonies flottantes qui pendent et s'accumulent au fond du vase.

Sur les milieux gélatineux et gélosés se forment de petites colonies sphériques radiées.

Sur gélose glycinée et sur pomme de terre glycinée n'apparaissent aucune culture, à moins qu'il n'y ait développement de bactéries d'infection secondaire, qui, par leur symbiose, peuvent permettre le développement des parasites.

Dans les tubes de gélose de Veillon, au contraire, se montre en plus ou moins grand nombre des colonies très parti-

culières; ce sont de petites masses blanches porcelainées d'aspect tétraédrique.

Contrairement aux autres champignons parasites, les *Actinomyces* ne peuvent végéter dans les milieux acides. Cette propriété les rapproche des bactéries.

HENRICI recommande comme milieu d'isolement celui de CZAPEK modifié par THOM, qui est excellent pour l'isolement des *Actinomyces*.

Activité biologique

L'activité biologique des *Actinomyces* est importante: les sucres sont transformés et le milieu devient en général alcalin; le sucrose n'est pas inverti et facilite beaucoup l'accroissement des cultures.

Des diastases capables de transformer l'amidon et la cellulose sont secrétées par beaucoup d'espèces. Les protéines sont digérées, la gélatine, la caséine et le sérum sanguin liquéfiés; le blanc d'œuf par contre est rarement attaqué. Le lait est coagulé et les graisses parfois transformées par diverses lipases.

Les *Actinomyces* sont capables de produire des toxines et un filtrat de cultures aérobies d'une espèce saprophyte peut donner une intradermo-réaction positive à un malade atteint d'actinomycose.

Principaux Actinomyces connus en Europe

Parmi les nombreuses espèces d'actinomycoses actuellement connues et signalées, nous avons essayé de déterminer celles qui étaient capables de produire ces affections dans nos pays et plus généralement en Europe.

Nous avons pu cataloguer un certain nombre de ces *Actinomyces* responsables de mycétones dans la classification:

Bréviores, Minores, Majores. D'autres espèces n'étant pas suffisamment connues n'ont pu être classées dans les trois sections sus-indiquées:

<i>Bréviores</i>	Actinomyces Israëli (KRUSE, 1896)
	Krausei (CHESTER, 1911)
<i>Minores</i>	Actinomyces astéroïdés (EPPINGER, 1890)
	hominis (BERESTNEFF, 1897)
<i>Majores</i>	Actinomyces albus (ROSSI DORIA, 1891)
	guegueni (BRUMPT, 1921)
	lingualis (WEIBEL, 1888)
	liquéfaciens (HESSE, 1892)
	lutéolus (FOURLETON et JONES, 1910)
	phénotolérans (WERKMAN, 1934)
	prétorianus (PIJPER et PULLINGER, 1927)

Espèces non classées

A. buccalis, A. carougeaui, A. dori, A. Forsteri, A. lasserei, A. matruchoti, A. pulmonalis, A. Thibiergéi, Actinomyces sp.

MODE DE CONTAMINATION

Les champignons parasites de l'homme ont, dans la nature une vie saprophytique et la conquête d'un vertébré ou de l'homme paraît n'être qu'un phénomène accidentel. Ils vivent sur les graminées, les herbes des champs...

Il ressort des différentes observations de mycoses pharyngo-laryngées que ces affections se rencontrent presque exclusivement chez des gens exposés par leur profession à manier des grains ou à vivre au milieu de poussières végétales: agriculteurs, grainetiers, meuniers, etc....

L'homme se contamine soit en mâchonnant des herbes, d'autant plus que sa bouche est en mauvais état, sa denture mal entretenue ; soit en aspirant des poussières végétales qui servent de véhicule aux spores. Enfin, très souvent, l'introduction des parasites dans notre économie, est dûe à un traumatisme cutané parfois de minime importance.

À côté de cette contamination par les végétaux, il semble exister une contamination par les animaux, porteurs de lésions mycosiques. Cette contamination aurait été observée dans quelques cas cliniques mais nous paraît beaucoup moins importante et beaucoup moins évidente que la contamination par les végétaux.

D'après le professeur FERRERI, les mycoses laryngées seraient le plus souvent la localisation seconde d'une lésion mycosique siégeant soit dans la bouche, soit dans le nasopharynx, soit en un point quelconque du revêtement cutané.

Malgré cela, il signale quelques cas de mycoses laryngées primitives reconnues d'ailleurs exceptionnelles. (FERRERI: Les mycoses primitives du larynx *II Valsalva, février 1925*).

ANATOMO-PATHOLOGIE

Les mycoses offrent un comportement anatomo-pathologique variable et les auteurs ont été amenés à distinguer deux formes anatomiques de développement du champignon.

1° Un type inflammatoire.

2° Un type pseudo-néoplasique.

Dans le type inflammatoire ou de nécrobiose, le processus de destruction l'emporte en intensité et en rapidité sur les réactions et défenses. Grâce aux trajets multiples qu'il crée, le parasite s'avance de plus en plus loin, creuse de larges cavités ou plutôt de longues fistules, dissocie les muscles, dénude les os, détruit les séreuses et parfois les vaisseaux pour arriver enfin à la peau; l'infection s'étend ainsi par contiguïté de proche en proche.

Dans le type pseudo-néoplasique ou hyperplasique, le foyer actinomycosique se trouve enchâssé dans le tissu scléreux qui l'enserme de toutes parts.

Le foyer actinomycosique prend ici l'aspect d'un nodule bien limité, enchâssé dans le tissu infecté dont il est séparé par la réaction cellulaire habituelle de l'actinomycose et par un tissu conjonctivo-fibreux plus ou moins épars.

ETUDE CLINIQUE

Après lecture de nombreuses observations de mycoses pharyngo-laryngées, un ensemble de constatations cliniques d'ordre général s'impose à nous :

Tout d'abord l'aspect clinique très polymorphe exceptionnellement typique de ces affections.

Leur diagnostic, souvent très difficile, par les signes fonctionnels et objectifs et le seul examen laryngoscopique minutieusement répété.

La nécessité d'une étroite collaboration de la clinique et du laboratoire pour arriver à un diagnostic précis reposant surtout sur l'examen histologique et les différentes investigations biologiques.

Enfin, le devoir du praticien de penser à ces mycoses après avoir éliminé un certain nombre d'affections qui leur ressemblent; nous voulons parler de la syphilis, des néoplasies et de la tuberculose du pharyngo-larynx.

Quelques extraits d'études et d'observations cliniques de mycose pharyngo-laryngées jointes à une observation clinique inédite recueillie dans le Service de notre Maître, le professeur TERRACOL par les docteurs VERGUES, chef de clinique et FABRE, interne des Hôpitaux de Montpellier, viennent appuyer nos constatations.

OBSERVATION CLINIQUE

M. P... J..., âgé de 54 ans, habite un petit village de la Lozère où il exerce la profession d'agriculteur.

Il a consulté le 19 avril 1941 le docteur DE GAUDIN DE LA GRANGE, parce qu'il présentait depuis deux mois et demi environ, une « grosseur du cou » et des troubles fonctionnels pharyngo-laryngés.

Voici les résultats des examens pratiqués avant l'hospitalisation du malade.

Hypérémie de la corde vocale droite dont la mobilité est cependant conservée.

Le 3 mai 1941, le docteur de GAUDIN constate une hypertrophie du pilier postérieur droit avec infiltration du sinus piriforme. Il existe par ailleurs une « adénite » pré-thyroïdienne avec péri-adénite.

Devant l'aspect atypique des lésions, le malade est dirigé sur la Clinique O.R.L. et maxillo-faciale de la Faculté de Médecine de Montpellier. Il est hospitalisé le 7 mai 1941 et ce même jour, on procède à une exploration méthodique et complète du cas clinique.

L'interrogatoire permet de retenir les éléments suivants: cet homme est indemne de tout passé pathologique personnel, il n'y a aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Il a fortuitement découvert, voici dix semaines environ, une « grosseur du cou » siégeant à droite, sur le flanc du larynx; cette tumeur indolore a progressivement augmenté de volume. Depuis quelques jours, il existe des troubles traduisant l'atteinte du carrefour aéro-digestif, gêne à la déglutition des aliments solides, la voix est assourdie, le hémage fréquent.

A l'examen, après avoir noté une mauvaise denture, on découvre derrière la moitié inférieure du pilier postérieur droit, une saillie verticale, d'aspect nettement inflammatoire qui descend dans l'hypopharynx.

Le miroir laryngien révèle, dans la partie postéro-latérale et droite de l'hypopharynx, la présence d'une masse arrondie, lisse et régulière, de coloration rouge vineux, ayant le volume d'une petite noix environ, ses limites sont nettes. La muqueuse paraît intacte.

La moitié droite de l'épiglotte, le repli aryténo-épiglottique et l'aryténoïde correspondants sont congestifs mais non infiltrés.

Dans la région cervicale antérieure, existe une masse de coloration violacée, de consistance mollassse, à limites mal définies, douloureuse à la palpation; elle double asymétriquement la face antérieure du larynx, elle prédomine en effet du côté droit.

Cette masse inflammatoire menace de s'extérioriser dans la région cricoïdienne.

Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions cervicaux.

L'examen général ne permet de relever aucun signe fonctionnel ou physique actuel de lésion des grands appareils de l'économie.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Les réactions sérologiques sont toutes négatives (D^r DEVÈZE).

La radiographie démontre l'absence de lésions pulmonaires, par contre, il existe une « opacification assez marquée du cartilage thyroïde » (D^r PARÈS).

La menace d'extériorisation pré-cricoïdienne est suivie régulièrement, ainsi que les lésions pharyngo-laryngées.

Le 12 mai, les phénomènes endo-cavitaires sont en régression très marquée. Il existe par contre en avant du cartilage

cricoïde une zone ramollie à bords nettement marqués, fluctuante en son centre et qui paraît renfermer du pus.

Une ponction permet de retirer 2 cc. environ d'un pus jaunâtre, grumeleux qui est adressé au Laboratoire de parasitologie de la Faculté de médecine dont nous rapporterons ultérieurement les conclusions.

Le placard inflammatoire s'étant spontanément fistulisé, laisse s'écouler un pus grumeleux, hémorragique renfermant de petits grains jaunes.

Le 28 mai, la suppuration s'est tarie; il existe cependant audevant du larynx, un placard inflammatoire dur et indolore en voie de résorption. Le malade quitte l'hôpital, il restera sous la surveillance du docteur DE GAUDIN DE LAGRANGE, qui a eu l'amabilité de nous communiquer les examens suivants:

Le 23 juin 1941, sous l'effet de la thérapeutique iodo-iodurée, il n'existe que deux grosses nodosités latéro-thyroïdiennes droites et une infiltration de la gouttière latérale droite de l'hypo-pharynx.

Un mois plus tard, les altérations cavitaires ont disparu, seuls subsistent une infiltration pré-thyroïdienne et les nodules latéro-pharyngés déjà signalés.

Le 12 septembre 1941, il n'y a plus d'infiltration cervicale antérieure, les nodosités latéro-thyroïdiennes ont disparu; par contre, un nodule est apparu dans la fosse sus-claviculaire droite.

Au point de vue endoscopique, on ne découvre qu'une infiltration linéaire blanchâtre, d'aspect cicatriciel, siégeant sur la paroi postéro-latérale de l'hypo-pharynx.

Depuis, le malade a été perdu de vue.

Voici dans leur totalité les examens pratiqués par Monsieur le professeur agrégé HARANT et son collaborateur R. RENOUX.

Examen parasitologique

Un grain écrasé et coloré par méthode de Gram montre des filaments disposés en rayons à Gram positif. Pas de massues visibles. Nombreuses formes bacillaires.

Cultures en milieux aérobies

Gélose ordinaire: pousse difficilement, colonie blanche, dure, irrégulière, plissée sans efflorescence.

Gélose de Sabouraud: Pas de culture.

Gélatine et sérum coagulé: pas de liquéfaction.

Pomme de terre ordinaire et pomme de terre glycinée: pas de culture.

Bouillon ordinaire et bouillon glucosé: cultures en grumeaux dans le fond.

Cultures en milieux anaérobies

Gélose de Veillon: colonies blanches, assez régulières.

Bouillon ordinaire et bouillon glucosé vitaminé (acide ascorbique: V gouttes de laroscorbine dans 10 cc. de bouillon): cultures en grumeaux assez réguliers.

Dans tous les milieux où il pousse, le parasite se développe lentement (15 jours). Il ne sécrète pas de pigments. Toutes les cultures sont inodores. L'examen microscopique d'une colonie montre des filaments bacilliformes, courts, très rarement ramifiés ayant 0,2 à 0,3 μ d'épaisseur, à Gram positif, ils ne sont ni acido ni alcool-résistants.

Il n'y a pas de spores ou de massues visibles.

D'après ces caractères le parasite fait partie des « Actinomyces bréviore », il paraît très voisin d'A. Krauser.

Nous n'avons pu procéder à des inoculations à l'animal.

L'intérêt de cette observation d'actinomycose est double: clinique et parasitologique.

Clinique: la localisation, l'aspect endoscopique tumoral,

inflammatoire et suppuré en ce qui concerne les lésions extérieures sont à noter.

Parasitologique: par l'étude complète qui en a été faite.

OBSERVATIONS DIVERSES

Le docteur RIPAULT (*La Parole*, juillet 1902), rapporte un cas intéressant d'actinomyose laryngée.

Jeune homme auparavant en parfaite santé, âgé de 23 ans; début par enrouement, puis très progressivement augmentation du volume du cou, apparition d'une tuméfaction assez bien limitée, comblant la gouttière sterno-laryngée et empiétant un peu sur le muscle. La peau un peu distendue est à peu près normale. L'examen laryngoscopique ne donne rien, si ce n'est une muqueuse hyperémiee. On porte le diagnostic de périchondrite tuberculeuse. L'incision de la tuméfaction donne issue à un liquide louche, séro-purulent, mélangé à de nombreuses granulations jaunes et dures, caractéristique macroscopiquement d'un cas d'actinomyose. Un traitement par l'iode fut efficace. A noter chez ce malade une mauvaise denture et l'habitude de ce jeune cultivateur de mâcher des herbes.

COLLINET (*Annales O.R.L.*, avril 1908) publie l'observation d'un malade atteint de *mycose laryngée*.

Les lésions laryngées étaient caractérisées par des végétations très abondantes et très saillantes recouvrant l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, la muqueuse aryénoïdienne, la bande ventriculaire.

Un traitement local et général par l'iode a fait disparaître ces lésions. Lesensemencements et les examens histologiques ne laissent aucun doute sur l'agent pathologique.

On pouvait penser dans ce cas à une tuberculose pseudo-polypeuse et des papillomes diffus du larynx.

Le professeur PETGÈS (de Bordeaux) communique un cas de mycose laryngée présentant l'aspect d'une lésion tuberculeuse. Le diagnostic fut établi seulement par le laboratoire.

G. FERRERI (*Valsalva*, février 1925) communique un cas de mycose laryngée particulièrement intéressant surtout par les comptes rendus anatomo-pathologiques.

Il conclue de cette observation que les micro-photographies sont d'une telle évidence qu'elles sont une démonstration du fait de l'importance que peuvent avoir les mycoses dans l'apparition de certaines lésions à première vue douteuse et dont, seuls, de multiples examens peuvent révéler la véritable nature parasitaire.

Certaines lésions chirurgicales très souvent prises pour des formations tuberculeuses ou néoplasiques sont d'origine mycosique et doivent rentrer dans le chapitre des mycoses chirurgicales, à l'heure actuelle trop souvent méconnues. Les mycoses n'offrent pas toujours un comportement anatomo-pathologique à type dégénératif, mais souvent un type hyperplasique qui se confond facilement avec des lésions syphilitiques, tuberculeuses ou néoplasiques.

Enfin, une intéressante observation d'actinomycose laryngée a été publiée par le docteur DAFFAS (*Les mycoses laryngées, Revue O.R.L.*, juin 1939).

M. C... Pierre, 47 ans, cultivateur.

Vu dans le service pour la première fois en octobre 1933, pour odynophagie et tuméfaction cervicale gauche.

Depuis un mois, le malade présente une odynophagie marquée, surtout pour les solides. Cette odynophagie est apparue progressivement.

Depuis une quinzaine de jours, tuméfaction dans la région sous-maxillaire droite, dure, indolente et progressivement croissante.

De temps en temps, quelques douleurs passagères de l'oreille droite et semblant irradier de la tuméfaction cervicale.

Antécédents personnels, collatéraux et héréditaires: rien à signaler.

Examen

Région sous-maxillaire droite: tuméfaction du volume d'une noix, recouverte d'une peau normale et non adhérente. Tuméfaction homogène, consistante, non douloureuse.

Cavité buccale: denture en très mauvais état; lésions de stomatite.

Larynx: Tuméfaction de l'aryténoïde droit, s'étendant vers le sinus pyriforme et comprenant également la majeure partie du repli aryténo-épiglottique. La bande ventriculaire semble être également prise, l'aryténoïde est mobile. On aperçoit difficilement la corde vocale droite, qui paraît normale. Tuméfaction lisse, régulière, rosée.

Cavité nasale: muqueuse normale; légère hypertrophie du cornet moyen droit.

26 janvier 1934: une biopsie faite sur la tumeur laryngée donne: « Epithélium normal. Derme très scléreux, dans lequel on trouve quelques enclavés épithéliales, dues au traumatisme de la pince ».

B.-W. négatif.

Examen des crachats: négatif.

Excellent état général; pas de température.

29 janvier: la tumeur cervicale rougit et présente des phénomènes inflammatoires. Très douloureuse, elle tend à la supuration. Fièvre: 38 à 39 degrés.

3 février: Apparition sur la tuméfaction d'une fistule. Sédation de la douleur.

5 février: Trachéotomie.

La peau recouvrant la tumeur est violacée, adhérente à celle-ci. En différents points se trouvent des nodules fistuleux par où s'écoule une sérosité claire.

Pas d'adénopathie.

24 février: après avoir envisagé et éliminé la tuberculose, la syphilis, le cancer, on pense à la possibilité d'une mycose laryngée.

Un traitement d'épreuve est institué: 4 à 6 grammes par jour d'iodure de potassium.

Examen du pus prélevé dans la région pré-laryngée :
« Leucocytes polynucléaires granulo-graisseux. Pas d'actinomyose. Quelques cocci prenant le Gram, type staphylocoque ».

27 mars: L'état du malade est excellent, celui-ci est toujours au traitement par l'iodure. Cicatrisation des nodules fistuleux. Larynx à peu près libre. Très bon état général.

On pratique le curettage des quelques nodules cutanés restant, qui montre la présence de grains jaunes.

Suppression de la canule trachéale.

1^{er} avril: Larynx normal.

Cicatrisation complète des fistules cervicales et de la plaie trachéale.

La radiographie du larynx ne montre rien d'anormal.

25 juillet: le malade revu est en excellent état. Le larynx est normal.

DIAGNOSTIC

Dans la plupart des cas d'actinomyose pharyngo-laryngée publiés, le diagnostic n'a jamais été posé de façon exacte et précise dès le début de la maladie, ce qui s'explique d'abord par la rareté de l'affection, à laquelle on ne songe pas; d'autre part, il faut reconnaître que la symptomatologie, quelque riche qu'elle soit, n'est pas spécifique.

De toute manière, nous avons vu que le diagnostic ne sera affirmé avec certitude que lorsque des examens parasitologiques ou histo-pathologiques auront été pratiqués.

Nous allons voir sommairement les principaux diagnostics cliniques qui peuvent être discutés à propos de l'actinomyose pharyngo-laryngée.

A la phase nodulaire, la constatation d'une tumeur du cou rénitante ou fluctuante, isolée, à évolution subaiguë, à peu près indolore, le plus souvent peu gênante pour les fonctions, sans adénite concomitante, devra faire songer à l'actinomyose.

Néanmoins, c'est à cette période que le diagnostic est le plus délicat à faire avec les lésions syphilitique, tuberculeuse ou néoplasique.

La confusion avec l'épithélioma doit être rare, car les contours diffus du cancer, son infiltration à distance, ses adhérences et l'engorgement ganglionnaire, en même temps que les douleurs vives et la lenteur de l'évolution sont ca-

ractéristiques. Il n'en est pas de même pour le sarcome, mieux délimité, plus souvent indolore, sans adénite. Seuls dans ce cas la biopsie et les examens microscopiques répétés permettent un diagnostic et si la tumeur est fluctuante, l'examen des produits retirés par ponction ou incision.

La gomme tuberculeuse dont toutes les caractéristiques simulent le nodule mycosique en voie de ramollissement; une nodosité interstitielle, isolée, bien circonscrite évoluant sans grands symptômes fonctionnels et sans douleur pourra également être confondue avec l'actinomyose mais très souvent dans ce cas, le malade sera porteur d'autres lésions tuberculeuses qui permettront le diagnostic.

L'épreuve du traitement par l'iodure de potassium pourra, dans les cas de néoplasie et de tuberculose, permettre le diagnostic.

Avec la syphilis, l'iode perd ses droits, les examens sérologiques ne permettent pas de conclure, seul le contrôle direct, la constatation de grains jaunes donneront la solution.

A la phase où les trajets fistuleux sont établis, le diagnostic se posera avec l'adénite bacillaire, la syphilis, gomme ulcérée le plus souvent; des éléments d'appréciation seront fournis par l'interrogatoire, les antécédents de la maladie, la profession, l'âge, l'état général du malade, mais le problème ne sera tranché que par l'examen du pus qui révélera la présence de l'*Actinomyces*.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

En règle générale, l'actinomycoce pharyngo-laryngée sous l'effet du traitement par l'iodure appliqué dès les premiers symptômes de la maladie, rétrocede rapidement et peut guérir définitivement.

Mais le pronostic est le plus souvent fâcheux :

1° Car le diagnostic est ignoré longtemps au moins dans 9/10^e des cas. La maladie évolue le plus souvent vers les complications.

2° Parce que dans certains cas la thérapeutique est inopérante.

Os a signalé des cas de mycose pharyngo-larngée ou sans traitement spécifique la maladie a évolué favorablement. Ceci est exceptionnel et nous devons signaler la possibilité de deux complications fort heureusement assez rares mais qui assombrissent le pronostic.

a) *Evolution vers la suppuration*: La réaction inflammatoire du tissus conjonctif voisinant la lésion progressive de l'affection cachectise le malade qui meurt épuisé par cette phagocytose incessante, nécessitée par la formation d'abcès et de fistules qui peuvent fuser jusqu'au médiastin.

La maladie peut encore se généraliser et l'on observe parfois des métastases par voie sanguine, le système lymphatique étant rarement intéressé.

Enfin, même après le traitement approprié et en particulier excision large des organes atteints, les récurrences de l'affection sont nombreuses: les trajets fistuleux réapparaissent s'infectant d'ailleurs le plus souvent secondairement, cependant que l'état général s'altère.

b) *Evolution vers la dégénérescence*: les mycoses laryngées en général peuvent être le point de départ d'une dégénérescence cancéreuse (DAFFAS, Revue de Portman, juin 1939).

TRAITEMENT

Le traitement des actinomycoses pharyngo-laryngées consistera en :

1° *Un traitement chirurgical*: Ce sera le plus souvent un traitement de petite chirurgie, c'est-à-dire débridement de plaies infectées, incision de foyers purulents et drainages. L'opération radicale, consistant en une ablation complète des lésions mycosiques étant pour ainsi dire jamais possible, dans ces localisations.

2° *Un traitement médicamenteux*. Tout d'abord un traitement banal de désinfection qui vient compléter le traitement chirurgical: Pommade nasale, inhalations fréquentes. Irrigations et pansements des plaies, badigeonnages des lésions avec divers produits iodés: solution d'iodure de potassium à 10 p. 100, de lugol à 3 p. 100. On a aussi employé le sulfate de cuivre injecté dans les tumeurs, le dichloramone F. en solution à 1 p. 100 (HUNT, MAYO).

Le docteur ROCHER (Thèse Montpellier 1914) rapporte neuf observations d'actinomycoses guéries par le traitement iodé associé aux sels de cuivre.

Un traitement général qui sera à base lui aussi de produits iodés: l'iodure de potassium sera donné par voie buccale à la dose de 6 à 10 grammes par jour et ce, durant longtemps; en cas d'intolérance, il pourra être remplacé par

l'iodopirine. 20 cc. d'une solution à 15 p. 100 en injection journalière durant une semaine environ.

La protéinothérapie, les stockés vaccins et les colorants, auraient eu, entre les mains de certains expérimentateurs, une influence excellente sur l'évolution de la maladie.

Les sulfamides ont été essayés et une observation d'Oli-ver WALTER, médecin de l'Armée britannique recueillie à l'Hôpital militaire Queen Alexandra concernant un cas d'actinomyose relate une guérison complète après échec par le traitement iodé.

3° *Un traitement par les Agents physiques.* — L'héliothérapie, les rayons ultra-violets donneraient quelques résultats au point de vue de la régression des lésions actinomyco-siques, mais c'est surtout la radiothérapie qui semble donner des résultats. L'action des rayons X serait une action protéi-nique: il produirait également de l'iode naissant en quanti-té, c'est pour cela que la majorité recommandent d'asso-cier médication iodée et radiothérapie.

G. VIDAN recommande la radiothérapie profonde qui lui a donné d'excellents résultats (Mycoses laryngées guéries par radiothérapie profonde: *Archives internationales de Laryn-gologie* 1225).

Enfin, BOUSQUET (Dax-les-Thermes), rapporte l'heureux résultat de l'emploi des eaux sulfureuses dans un cas de mycose de l'amygdale de la paroi latérale du pharynx et de la bouche. (*Congrès Société française d'oto-rhino-laryngo-logie*, mai 1909).

CONCLUSIONS

1° L'actinomycose pharyngo-laryngée est une affection rare dont l'étiologie est actuellement connue, permettant d'envisager une prophylaxie utile.

2° L'histoire clinique de cette affection ne présente aucun signe caractéristique; les symptômes, s'ils sont nombreux, sont des plus imprécis, très polymorphes, exceptionnellement typiques; ils simulent de nombreuses affections et plus particulièrement la tuberculose, la syphilis et la néoplasie.

3° Le diagnostic de l'actinomycose, est fort délicat et souvent le point de départ d'erreurs. En pratique, il ne sera posé, de manière certaine qu'après des examens parasitologiques ou histo-pathologiques appropriés.

4° Le pronostic de cette affection est fâcheux car le diagnostic est posé trop tard. L'évolution se fait le plus souvent vers l'extension, la fistulisation, la suppuration secondaire, quelquefois vers la dégénérescence cancéreuse.

5° Cependant, le traitement par l'iode de potassium à hautes doses associé au traitement chirurgical et à la roentgenthérapie semble susceptible de donner sinon des guérisons, du moins des améliorations cliniques appréciables.

BIBLIOGRAPHIE

I. — LES MYCOSES

- BRUMPT. — Précis de parasitologie. Masson et Cie éditeurs, Paris, 1922.
- PINOY. — Champignons pathogènes, *in* Nattan LAURIER, Traité de Microbiologie, Paris, édit., 1931.
- PONCET et BÉRARD. — Actinomycoses humaines, Masson et Cie, édit., Paris, 1898.
- PRATIQUE DERMATOLOGIQUE. — T. 2, Masson et Cie, édit., Paris, 1936.
- ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Maladies infectieuses: Actinomycoses, 8123.
- HARANT (H.). — Les affections parasitaires de l'œsophage, *in* TERRACOL, Les maladies de l'œsophage. Masson et Cie, édit., Paris.
- Précis de Parasitologie. Maloine édit., Paris, 1939.
- SARTORY. — Guide pratique des manipulations de mycologie parasitaire. Masson et Cie, édit., Paris.

II. — LES MYCOSES DU LARYNX

- ARROWSMITH. — Un cas d'actinomycose intra-laryngée apparemment primitive. *The Laryngoscopy*, oct. 1910.
- BAR (Nice). — Recherches sur les mycoses et en particulier dans leur rapport en oto-rhino-laryngologie. *Revue de Laryngologie*, nov. 1922, p. 965.
- BEYSIEGEL. — Actinomycose de l'oreille et du larynx. *Intern. Zentralbl. f. Ohrend.* 36, 157, 1933.
- BOUSQUET. — Action des eaux sulfureuses dans les mycoses leptotrichiques. Congrès de la Soc. Franç. d'oto-rhino-laryngol., mai 1909, *C.R. Ann. O.R.L.*, juin 1909.

- CAPART. — Sporotrichose pharyngo-laryngée. *Presse O.R.L. belge*, sept. 1910, p. 505.
- CASTERAN. — Deux cas de mycoses laryngées. *Rev. des especial*, 5, 1475-1479, oct. 1930.
- CIPOLLOM. — Sur la fréquence des mycoses des voies respiratoires supérieures. *Il Valsalva*, mai 1925.
- CLERF et BUCHER. — Blastomycose du larynx. *Annales d'O.R.L.*, 45, 923, déc. 1936.
- COLLINET. — Sporotrichose du larynx. *Annales d'O.R.L.*, p. 438, avril 1908.
- DAFFAS. — Les mycoses laryngées. *Revue oto-rhino-laryngologie*, juin 1939.
- DELAC-CORRIAC. — Sporotrichoses laryngées. Importance de leur diagnostic. *Seman. med.* (Buenos-Aires), 1912, XIX, 917-919.
- FERRERI. — Sur l'actinomycose pharyngo-laryngée. *Arch. ital. O. R.L.*, 1919, p. 5.
- Mycoses pharyngées-laryngées à type ulcéreux traitées par la radiothérapie profonde. *Atti R. Clin. Oto-Rhino-Lar.*, Rome, 1921.
- FERRERI et CIPOLLOM. — Sur un cas de mycose pharyngée. *Arch. ital. Lar.*, 1920.
- FLORES. — Sur un cas de mycoses du pharynx et du larynx. *Cron. Med.* (Lima), 1920, XXXVII, 225-233.
- GRILL. — Mycoses en O.R.L., *Texas State J. Med.*, 31, 272, août 1935.
- GRAY. — Mycose du larynx. Relation d'un cas. *Glasgow Med. Journ.*, mars 1899.
- GRIMUS et LECOANET. — Sporotrichose du larynx, *Bulletin Soc. Pathol.*, 27, 901, 1934.
- HUG. — Actinomycose laryngée. *Annales d'O.R.L.*, p. 80, 1922.
- HENRICI. — Actinomycose du larynx. *Arch. f. Laryng.*, Bd. XIV, 1903, *C.R. Annales O.R.L.*, 1905, p. 89.
- LARMENGOL. — Mycoses laryngées. *Ann. Soc. Argent.*, oct. 1919.
- JACKSON. — Blastomycose du larynx. *Tr. Am. Laryngol. Ass. Philad.*, 1925, XLVII, 220-230.
- KOSCHIER. — Actinomycose du cou avec manifestations laryngées. *Soc. viennese, Wiener Klin. Wochenschr.*, 1897, *C.R. Ann. O.R.L.*, 1899, p. 235.
- LABIT. — Cas de mycose généralisée au pharynx, au naso-pharynx, à la base de la langue et du pharynx. *Revue de Laryngologie*, p. 168, 1893.
- SANSON (DE). — Sur un cas de blastomycose des cordes vocales traité par l'électro-coagulation et compliquée d'une laryngo-fistule. *Rev. oto-laryng. de Sao-Paulo*, n° 5 bis, 4 sept., 689-696, oct. 1936.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	12
ETIOLOGIE	14
ANATOMO-PATHOLOGIE	19
ETUDE CLINIQUE	20
DIAGNOSTIC	29
EVOLUTION ET PRONOSTIC	31
TRAITEMENT	33
CONCLUSIONS	35
BIBLIOGRAPHIE	36

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« *L'actynomycose*
pharyngo-laryngée »

par M. Jean SOULIER.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 12 mai 1942

Le Professeur,

TERRACOL.

Vu :

Montpellier, le 13 mai 1942

Le Doyen,

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 mai 1942

Le Recteur,

SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion ni improbation.

